

全日病DPC分析事業参加申込書

年 月 日

病院名					
病院所在地	〒				
	都道府県	市区町村			
TEL () -		FAX () -			
経営主体 (法人名)				利用 開始年月	年 月より
申込担当者	部署				
	氏名	印	E-mail (必須)		
貴院のDPC 対応状況	DPC 対象	年 月より	調査 協力	年 月より	
ユーザの 追加	<input type="checkbox"/> () ユーザ				
DPC分析ソフト導入状況 (差し支えなければご記入ください)					
<input type="checkbox"/> 導入していない <input type="checkbox"/> 導入している・していた (製品名 :)					

【問合せ先】
 公益社団法人 全日本病院協会 事務局 (担当: DPC分析事業担当)
 〒101-8378 東京都千代田区猿樂町2-8-8 住友不動産猿樂町ビル7階
 電話 03-5283-7441 FAX 03-5283-7444
 ホームページ <http://www.ajha.or.jp/> E-mail: dpc@ajha.or.jp